

UNIVERSIDADE DE UBERABA

**BÁRBARA LEMOS RESENDE
TATIANE RIBEIRO BOTTA**

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO CLÍNICO E
FARMACOLÓGICO EM PACIENTES INFANTIS E JUVENIS
PORTADORES DE CARDIOPATIAS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**Uberaba-MG
2018**

**BÁRBARA LEMOS RESENDE
TATIANE RIBEIRO BOTTA**

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO CLÍNICO E
FARMACOLÓGICO EM PACIENTES INFANTIS E JUVENIS
PORTADORES DE CARDIOPATIAS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho apresentado à Universidade de Uberaba, como parte dos requisitos para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Ms. Katia Jaqueline Miguel Santos

**Uberaba-MG
2018**

Resende, Bárbara Lemos.

R311a Atendimento odontológico clínico e farmacológico em pacientes infantis e juvenis portadores de cardiopatas: revisão bibliográfica / Bárbara Lemos Resende, Tatiane Ribeiro Botta. – Uberaba, 2018. 18 f.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia, 2018.

Orientadora: Profa. Ma. Katia Jacqueline Miguel Santos.

1. Odontopediatria. 2. Farmacologia. 3. Cardiopatas. 4. Atendimento odontológico. I. Botta, Tatiane Ribeiro. II. Santos, Katia Jacqueline Miguel. III. Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia. IV. Título.

CDD 617.645

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

UNIVERSIDADE DE UBERABA

BÁRBARA LEMOS RESENDE

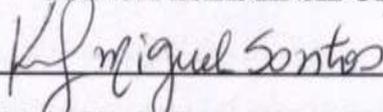
TATIANE RIBEIRO BOTTA

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO CLÍNICO E
FARMACOLÓGICO EM PACIENTES INFANTIS E JUVENIS
PORTADORES DE CARDIOPATIAS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho apresentado à Universidade de Uberaba, como parte dos requisitos para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia.

Aprovado em: 08/12/ 2018

BANCA EXAMINADORA



Prof. Ms. Katia Jacqueline Miguel Santos



Prof. Dr. Anderson Silva

UBERABA-MG

2018

RESUMO

Esta revisão de literatura apresenta como ponto central uma pesquisa sobre o atendimento odontológico clínico e farmacológico em pacientes infantis e juvenis portadores de cardiopatias, tendo como objetivo descrever o atendimento ideal para esses pacientes. A metodologia a ser utilizada consta-se de uma revisão bibliográfica onde foi feito o levantamento de dados bibliográficos e literários através de artigos científicos e revistas científicas. O atendimento para crianças e adolescentes portadores de cardiopatias vem sendo bastante discutido, destacando uma anamnese precisa e o cuidado frente á medicamentos e anestésicos a serem usados. É de suma importância o conhecimento da doença por parte do cirurgião dentista para que o mesmo saiba, além de tudo, a importância da realização da profilaxia antibiótica nesses pacientes para evitar a endocardite infecciosa, sabendo corretamente qual medicamento prescrever. Deve-se também ser levado em consideração que uma correta higienização e o cuidado com a saúde bucal é um fator indispensável para evitar uma bacteremia. O profissional deve ter a capacidade de mobilizar o paciente condicionando-o a cuidar de sua saúde como um todo. Pode-se dizer que a colaboração do paciente e de seus familiares é precisa para que o tratamento odontológico tenha resultados satisfatórios.

Palavras-chaves: Atendimento odontológico; Farmacologia; Cardiopatias; Crianças; Adolescentes.

ABSTRACT

This literature review presents as a central point a research on clinical and pharmacological dental care in children and juvenile patients with heart disease, aiming to describe the optimal care for these patients. The methodology to be used is a bibliographical review where bibliographical and literary data were collected through scientific articles and scientific journals. The care for children and adolescents with cardiopathies has been much discussed, highlighting a precise anamnesis and the care given to drugs and anesthetics to be used. The knowledge of the disease by the dental surgeon is extremely important so that he knows, in addition, the importance of performing antibiotic prophylaxis in these patients to avoid infective endocarditis, knowing correctly which drug to prescribe. It should also be taken into account that proper hygiene and oral health care is an indispensable factor in preventing bacteremia. The professional must have the capacity to mobilize the patient by conditioning him to take care of his health as a whole. It can be said that the collaboration of the patient and his / her relatives is necessary for the dental treatment to have satisfactory results.

Keywords: Dental care; Pharmacology; Cardiac disorders; Children; Adolescents.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVO	8
3 METODOLOGIA	9
4 REVISÃO DE LITERATURA	10
5 DISCUSSÃO	12
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS	18

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam um grave problema na saúde pública brasileira e mundial, sendo a principal causa de mortalidade no mundo. Aproximadamente 15 milhões de mortes a cada ano são registradas, acarretadas por essas doenças e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) simbolizam os mais altos custos em assistência médica. (CORREIA; CAVALCANTE; SANTOS, 2010)

O excesso de peso, a hipertensão arterial, as dislipidemias, entre outros, são fatores de risco cardiovascular e estão presentes em idosos, trabalhadores e pessoas com um maior risco social. O acontecimento desses fatores na adolescência vem sendo mostrado, todavia, contêm evidências em que possa se iniciar ainda mais cedo o processo aterosclerótico, aumentando de acordo com a idade e com a gravidade proporcional a quantidade de fatores de riscos apresentados pelo indivíduo. (MOLINA *et al.*, 2010)

De todos os fatores de risco cardiovasculares apresentados em crianças brasileiras, o excesso de peso vem sendo mostrado com maior frequência. O porcentual de crianças que já foram submetidas à medida da pressão arterial, mesmo que baixo, aponta a elevação dessa pressão em estudos localizados. Analisar os comportamentos de riscos para as doenças cardiovasculares, como por exemplo, a falta de atividade física e a má qualidade da alimentação também são de grande importância para o entendimento dos diferentes contextos os quais as crianças estão propícias. Tais fatores foram classificados de risco para as doenças cardiovasculares em estudos com adolescentes, indicando a importância desses mesmos indicadores para outras faixas etárias. (MOLINA *et al.*, 2010)

Na população adulta com doença cardíaca, se predomina a coronariopatia, diferentemente do grupo de crianças com cardiopatia, que é consideravelmente heteróclito. Nota-se uma diversidade de condições médicas que se diversificam com a faixa etária, que se inicia no recém-nascido e vai até o adolescente. A doença cardíaca na infância pode ser dividida em dois grupos, de acordo com o momento de ocorrência da doença. Esses grupos são: cardiopatias congênitas e adquiridas. (VOLSCHAN; SEIXAS; MONTE-ALTO, 2008)

As cardiopatias adquiridas acometem: cardiomiopatias, endocardite infecciosa, pericardite, febre reumática, miocardite e doença de Kawasaki. Essas doenças ocorrem após o nascimento. A causa mais corriqueira da doença cardíaca infantil e juvenil adquirida nos países em desenvolvimento é a febre reumática. Ela está ligada a pobreza, especialmente em

condições precárias de habitação e cuidados médicos desapropriados. (VOLSCHAN; SEIXAS; MONTE-ALTO, 2008)

A criança, já no seu nascimento, pode apresentar uma diversidade de malformações anatômicas e por consequência, malformações nutricionais, oriundas da doença cardiovascular congênita. É estimado que 1% das crianças nascidas manifestam malformação cardiovascular que certamente são provocadas pela interação entre fatores ambientais e predisposição genética. (VOLSCHAN; SEIXAS; MONTE-ALTO, 2008)

As crianças portadoras de cardiopatias são capazes de manifestar insuficiência respiratória, circulatória e nutricional, que em algumas situações envolvem restrições que podem limitar atividades motoras e físicas. (MONTEIRO, 2003)

Casualmente, a criança cardiopata manifesta índice de cárie elevado, geralmente coligado a defeitos de desenvolvimento, como hipoplasias e descalcificações, também apresentando mal oclusão dentária. VOLSCHAN mostra que o acontecimento e a evolução dos problemas dentários em crianças sistemicamente comprometidas, estão conectados às mudanças de hábitos alimentares e de higiene bucal. (VOLSCHAN; SEIXAS; MONTE-ALTO, 2008)

As condições orais ruins e a saúde bucal precária decorrem em bacteremias frequentes e os põe em risco permanente de desencadear uma endocardite. (COUTINHO; TURA, 2004)

A endocardite bacteriana é uma infecção que acontece na superfície endocárdica do coração. Diversos autores consentem que a grande parte dos casos de endocardite desencadeada por patógenos bucais não se inicia nos procedimentos odontológicos, mas sim nas bacteremias espontâneas, tais como as decorrentes da mastigação e da escovação dental. (MELO; DANTAS; BARBOSA, 2009)

Aproximadamente 78% a 91% dos casos de endocardite infecciosa na faixa pediátrica, acometem crianças e adolescentes portadores de cardiopatia congênita simples ou complexa, com desvio de sangue esquerdo-direita, alterações valvares, lesões obstrutivas de vias de saída dos ventrículos e lesões vasculares, as tornando de risco para tal situação. (MIRANDA *et al.*, 1999)

A presença de bacteremia é fator primordial para se iniciar o processo de colonização do endocárdio. A introdução de bactérias da microbiota bucal na corrente sanguínea, através dos focos infecciosos, de forma assintomática ou a partir de manipulação traumática é significadamente alta. Foi mostrado que 40% a 60% das endocardites na infância e adolescência, possuem como agente causador o *Streptococcus viridan*, particularmente o *S.*

sanguis e o S.mutans. É, então, concordância mundial a profilaxia antibiótica perante a procedimentos dentários nestes pacientes. (MIRANDA *et al.*, 1999)

Foram amplamente publicadas as recomendações da American Heart Association (AHA) para antibioticoterapia profilática específica no tratamento dentário. Para a maioria das crianças é recomendado administração oral de 50 mg/Kg de Amoxicilina, 1 hora antes dos procedimentos odontológicos. Se tiver a impossibilidade de administração do medicamento por via oral é feito o uso de Ampicilina 2g via intramuscular ou endovenosa 30 minutos antes do procedimento. A Clindamicina, 600 mg, 1 hora antes dos procedimentos odontológicos, Cefalexina/Cefadroxil ou a Azitromicina/Claritromicina são prescritos para pacientes alérgicos à Penicilina ou que são impossibilitados de uso por via oral. (MELO; DANTAS; BARBOSA, 2009)

Em relação ao uso de anestésicos locais com vasoconstritores em coronariopatas mostra que ainda é muito questionável na literatura (CONRADO *et al.*, 2007). Willemann (2002) em seu trabalho mostra que é da rotina clínica que o cirurgião dentista se depare com pacientes cardiopatas, que necessitando de procedimentos cirúrgicos, como exodontias, levem a recomendação do cardiologista responsável de que o tratamento proposto seja realizado sob anestesia local sem o uso de vasoconstritores, particularmente adrenalina e noradrenalina. O profissional da Odontologia encontra um impasse nessa situação clínica; caso não atenda à recomendação médica, irá assumir os riscos hipotéticos que as soluções anestésicas com vasoconstritores possam ocasionalmente instituir aos portadores de doenças isquêmicas do coração; de outro modo, se não utilizar esse tipo de anestésico local, possuirá um procedimento em que as hemorragias serão mais copiosas e a analgesia menos profunda e menos prolongada. Os médicos fazem uso de maiores concentrações de vasoconstritor do que os usados na Odontologia. Sendo assim, muitas vezes contraindicam a utilização de adrenalina, em Odontologia, para pacientes com distúrbios cardiocirculatórios. Por si só, a dose geralmente servida em cirurgias bucais não causa efeitos cardiovasculares significativos.

A determinação de novos hábitos de higiene bucal é imprescindível para a saúde geral do paciente. Através unicamente da educação da saúde é que o paciente e seus pais encontraram motivação e se tornaram bem informados e capacitados para o cuidado com a criança. (COUTINHO; TURA, 2004)

2 OBJETIVO

Realizar uma revisão de literatura descrevendo os atendimentos odontológicos clínicos e farmacológicos em pacientes infantis e juvenis portadores de cardiopatias.

3 METODOLOGIA

Este trabalho consta de uma revisão bibliográfica realizada através de levantamento de dados bibliográficos e literários, utilizando artigos científicos publicados sobre atendimento odontológico clínico e farmacológico em pacientes infantis e juvenis portadores de cardiopatias.

O levantamento bibliográfico foi realizado através de buscas na Internet, em consulta a sites indexados como: Pubmed, Bireme, Scielo, Google Acadêmico.

Como Critério de inclusão, foram aceitos apenas artigos publicados entre os anos de 1980 a 2018. Foi optado por artigos e textos na língua portuguesa e inglesa, desde que disponíveis na íntegra para acesso online, eles foram lidos em sua íntegra e os mesmos foram avaliados de acordo com a sua abordagem e metodologia. Em sua elaboração foram utilizados aqueles trabalhos que apresentaram o contexto desejável e que estiveram de acordo com os objetivos do trabalho. Os descritores utilizados foram: atendimento clínico á portares de cardiopatias, farmacologia, crianças e adolescentes cardiopatas.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Para que um tratamento odontológico seja realizado em pacientes cardiopatas, o profissional da odontologia necessita estar habituado com alguns aspectos respectivos à área médica, como por exemplo, tipo de doença cardíaca, interações medicamentosas, sua gravidade e consequências cardiovasculares desse acometimento, além do inteiro conhecimento sobre hemostasia. Isso mostra porque os riscos e as complicações cardiovasculares associadas às doenças dentárias, tal como os procedimentos odontológicos nas cardiopatias, são assuntos interdisciplinares, abrangendo a Clínica médica, a cardiologia e a odontologia. (CONRADO *et al.*, 2007)

De acordo com Coutinho e Tura (2004), no caso específico de crianças com algum problema de saúde, como, por exemplo, problemas cardíacos, outros fatores interferem na saúde bucal: a necessidade constante de hospitalização; o conhecimento e motivação escassos apresentados pelos responsáveis; o consumo frequente e distendida de medicamentos açucarados, sob forma de xaropes e soluções. A determinação de novos hábitos de higiene bucal é imprescindível para a saúde geral do paciente. Unicamente através da educação para a saúde é que o paciente desenvolverá motivação se tornando bastante informado e treinado para o autocuidado e para a saúde como um todo. Grandes concentrações de microrganismos do corpo humano são encontradas na placa dental bacteriana. Essa placa é vista como o principal agente etiológico para as duas doenças que mais injuriam a cavidade bucal: a cárie dental e a doença periodontal. A má higiene bucal causa aglomeração de placa bacteriana e é capaz dar origem a bacteremias frequentes em circunstâncias fisiológicas normais, o que põe os pacientes cardiopatas em risco permanente de desencadear uma endocardite infecciosa. Sendo assim, pacientes de risco devem edificar e manter a saúde bucal a fim de amenizar as fontes potenciais de bacteremia.

Miranda e colaboradores (1999), colocam que é concordância mundial a profilaxia antibiótica perante a procedimentos dentários nestes pacientes. Sendo assim, Melo, Dantas e Barbosa (2009) mostram as recomendações da American Heart Association (AHA) para antibióticoterapia profilática específica no tratamento dentário. Para a maioria das crianças é recomendado administração oral de 50 mg/Kg de Amoxicilina.

Em relação aos anestésicos locais, Mello (2005) e outros autores, mostram que não é contra indicado o uso de vasoconstritores nas soluções anestésicas, podendo ser usadas a felipressina ou a adrenalina, sendo o ideal não ultrapassar 2 tubetes por sessão. Wannmacher e

colaboradores, (1999) acredita que em cardiopatas, a dose limite por sessão era de 3 a 6 tubetes, mostrando assim, que esse assunto na literatura é bastante controverso.

5 DISCUSSÃO

Com relação aos atendimentos odontológicos, Araújo e colaboradores (2007) mostram que um fator importante se diz respeito à redução do grau de estresse, bem como o controle da ansiedade e do medo frente a um tratamento odontológico, principalmente diante de pacientes cardiopatas e hipertensos, este fator também está relacionado ao horário de atendimento ao paciente. De acordo Molina e colaboradores (2010), ainda que seja baixo o percentual de crianças que já foram submetidas à medida da pressão arterial, a elevação desta já vem sendo observada também em estudos localizados. Quando se diz respeito ao melhor horário do dia para o tratamento de pacientes cardiopatas, tem sido recomendado que as consultas sejam marcadas no período da manhã, quando a pressão arterial (PA) é mais baixa, ou no horário que o paciente estiver menos estressado (Haidámus, 2008). Devido a ansiedade ser uma das grandes responsáveis pela elevação da PA, o estado de estresse ajuda na elevação da produção de adrenalina. Além de que, Barros (2002) agrega que este período é o de maior preferência devido a menor existência de problemas cardiovasculares. Com relação ao controle da ansiedade, pode ser realizado através de métodos farmacológicos em pacientes juvenis acima de doze anos como o uso de Benzodiazepínicos de ação curta como, por exemplo, o Lorazepam, na concentração de 1 mg, sendo ingerido um comprimido duas horas antes do procedimento ou um comprimido na noite anterior mais um comprimido duas horas antes do procedimento. E Volpato (2004), acrescenta que caso o paciente já faça uso desse medicamento ele deve ajustar o horário para coincidir com o tratamento.

A consciência dos pais quanto à relação de crianças e jovens portadores de cardiopatias e saúde bucal apresenta ser fraco, pois os responsáveis desconhecem o grau de risco que ocorre. A percepção de que as condições bucais precárias podem agravar o problema cardíaco, faz com que os responsáveis procurem o tratamento odontológico para combater a doença já presente. Contudo, a intenção de prevenir possíveis complicações cardíacas que podem derivar da má higiene bucal não é valorizada. Exclusivamente em relação a crianças cardiopatas, Chibinski & Fraiz (2000) destaca que em função da postura dos pais a criança apresenta hábitos inadequados de higiene bucal e de dieta e não possui a frequência adequada nas consultas dentárias. Portanto, DAJANI e colaboradores (1997) dizem que compreendendo a higiene bucal malfeita e infecções periapicais e periodontais são fatores de risco para bacteremias, mesmo na inexistência de procedimentos odontológicos,

os indivíduos corre o risco de desencadear para a endocardite, onde devem ser orientados de forma a manterem sua cavidade bucal livre de doenças.

De acordo com Granzotti e colaboradores (1999), as malformações cardíacas congênitas e a cardiopatia reumática são as principais condições predisponentes da endocardite. O principal fator que aumenta a fragilidade á essa doença é o aumento da velocidade do fluxo sanguíneo através do defeito. O estudo divulgado por Volshan e colaboradores (2008), também diz que os tratamentos dentários que englobam as manipulações de dentes e tecidos periodontais que corram risco de hemorragia estão muito correlacionados à bacteremia. Porém, é importante ressaltar que há procedimentos sem profilaxia em que a taxa de bacteremia é bem próxima daqueles que necessitam de uma prevenção com antibiótico, como por exemplo, a simples escovação dentária. Miranda e colaboradores, em 1999 citaram que a existência de bacteremia é um aspecto fundamental para se dar início o processo de colonização do endocárdio. É inesperadamente alta a incorporação de bactérias da microflora bucal na corrente circulatória através de focos infecciosos, de maneira assintomática, ou por meio de manipulação traumática. Foi mostrado que 40% a 60% das endocardites na infância e adolescência, possuem como agente causador e *Streptococcus viridan*, particularmente o *S. sanguis* e o *S. mutans*. É, então, concordância mundial a profilaxia antibiótica perante procedimentos dentários nestes pacientes. Melo e sua equipe (2009), através de uma revisão de literatura expuseram recomendações da AHA para antibioticoterapia profilática específica no tratamento dentário. Para a maioria das crianças e adolescentes é recomendado administração oral de 50 mg/Kg de Amoxicilina, 1 hora antes dos procedimentos odontológicos. Se tiver a impossibilidade de administração do medicamento por via oral é feito o uso de Ampicilina 2g via intramuscular ou endovenosa 30 minutos antes do procedimento. A Clindamicina, 600 mg, 1 hora antes dos procedimentos odontológicos, Cefalexina/Cefadroxil ou a Azitromicina/Claritromicina são prescritos para pacientes alérgicos à Penicilina ou que são impossibilitados de uso por via oral. (MELO; DANTAS; BARBOSA, 2009). Os autores em consentimento com Silveira (1995), acrescentam que a profilaxia da endocardite inclui medidas mais abrangentes do que uma habitual antibioticoprofilaxia frente a procedimentos que tendem a bacteremia. A manutenção de um bom estado de higiene bucal através de uma escovação adequada e profilaxia das cáries, assim como a rápida detecção e a erradicação dos focos dentários, são capazes de ser muito efetivos neste combate contra a endocardite infecciosa.

Os estudos de Franco e colaboradores (1996) mostram que crianças cardiopatas possuem um índice de cárie elevado que está relacionado a defeitos de desenvolvimento como

hipoplasias e descalcificações. Volschan (2008) mostra que o acontecimento e a evolução dos problemas dentários em crianças sistemicamente comprometidas, estão conectados às mudanças de hábitos alimentares e de higiene bucal. Além de muitas vezes a criança ter uma alimentação rica em alimentos pastosos açucarados, há também a displicência dos hábitos de limpeza dentária, especialmente pela atenção dos seus responsáveis estar direcionada para o problema de saúde em questão. Outra condição que é relevante em pacientes portadores de doenças crônicas é a utilização rotineira de medicamentos, tais que por serem direcionados ao paciente infantil, contêm elevado conteúdo de sacarose para que possa ser mais aceitável ao paladar da criança. Além de tudo, em alguns casos os medicamentos podem apresentar efeitos na redução do fluxo salivar, o que pode ser de grande contribuição para a incidência e evolução de lesões de cárie.

No cotidiano do tratamento odontológico, em pacientes cardiopatas com arritmias ventriculares, a insuficiência de informações objetivas na literatura dificulta a escolha do anestésico mais apropriado e a decisão sobre a dose máxima a ser utilizada. De acordo com Mello, 2005 e outros autores, não é contra indicado o uso de vasoconstritores nas soluções anestésicas, podendo ser usadas a felipressina ou a adrenalina (1:100.000 ou mais diluída) em doses pequenas, com injeção lenta e aspiração prévia, o ideal é não ultrapassar 2 tubetes por sessão. Já Wannmacher e colaboradores (1999) acreditam que em cardiopatas, a dose limite por sessão era de 3 a 6 tubetes com concentrações referentes de 1:100000 ou 1:200000. Conrado e Tura (2007) mostra que as doses de vasoconstritor usadas em Odontologia são consideravelmente baixas. A média das doses de adrenalina intramuscular ou endovenosa (na concentração de 1:100.000 ou 1:10.000), segundo Malamed (1987), que é empregada no tratamento da anafilaxia ou da parada cardíaca é de 0,5 mg a 1 mg, enquanto um tubete anestésico com adrenalina possui apenas 0,018 mg. Essa dose, então, dispõe de muitas vantagens e poucas desvantagens, estando contraindicada, em Odontologia, apenas em casos bem específicos. Já Rettore (2000) afirma que deve ter em consideração o risco das interações medicamentosas indesejáveis, já que os diabéticos, hipertensos e cardiopatas geralmente fazem uso contínuo de medicamentos, sendo que alguns deles podem interagir com os vasoconstritores adrenérgicos e provocar efeitos adversos. Helfand (2007) diz que os betabloqueadores adrenérgicos, com relação aos efeitos no sistema cardiovascular, inibem as respostas cronotrópicas, inotrópicas e vasoconstritoras à ação das catecolaminas epinefrina e norepinefrina nos receptores beta-adrenérgicos, como por exemplo o propranolol. Outro fator importante em relação aos pacientes com distúrbios cardiológicos dentre outras patologias, é que Vasques (2008) declara a obrigação da autorização do médico que o assiste, sendo ele o

responsável da liberação do procedimento e suspensão de medicações tais como anticoagulantes, que levariam ao risco de sangramento no ato cirúrgico. No entanto, Moreira (2007) cita que segundo o Instituto Nacional de Cardiologia (INC), a execução do tratamento odontológico em pacientes cardiopatas é permitida sem a suspensão do anticoagulante afirmando a opinião de Cormack (2001), que já dizia ser de grande risco descontinuar a terapia com anticoagulantes, por este motivo, é melhor manter a medicação e se preparar para um sangramento mais prolongado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas publicações e estudos revisados, podemos concluir que, pacientes infantis e juvenis portadores de cardiopatias requerem de cuidados específicos durante o tratamento odontológico. Como citado, o melhor horário de atendimento á esses pacientes é na parte da manhã e a profilaxia antibiótica antes de tratamentos odontológicos mais invasivos, principalmente nesses pacientes, é de suma importância. É primordial estar sempre trabalhando a motivação dos pacientes para controlar e obter uma boa higiene bucal, visto que esses pacientes estão mais propensos a desenvolver com maior frequência problemas bucais, principalmente a doença cárie, em relação às crianças saudáveis. E por fim, levar em consideração os medicamentos de uso rotineiro na hora da escolha de soluções anestésicas para que não haja interação medicamentosa e efeitos adversos.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO I.C; ARAÚJO M.V.A; BARROS W.L.G. **Etiopatogenia da hipertensão, riscos e condutas preventivas a serem empregadas no atendimento odontológico a pacientes hipertensos.** 2007.
- BARROS J.J. **Noções básicas de cirurgia.** In: Odontogeriatrics: Noções de Interesse Clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002; 193-216.
- CHIBINSKI, A. C. R., FRAIZ, F. C. **Protocolo de atenção odontológica à criança em situação de risco para endocardite infecciosa.** Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê, v. 3, n. 11, p. 75- 81, 2000.
- CONRADO V.C.L.S.; ANDRADE J.; ANGELIS G.A.M.C.; ANDRADE A.C.P.; TIMERMAN A.; ANDRADE MM et al. **Efeitos cardiovasculares da anestesia local com vasoconstritor durante exodontias em coronariopatias.** Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia 2007.
- Correia, B.R.; Cavalcante, E.; Santos, E.; **A prevalência de fatores de risco para doenças cardíacas cardiovasculares em estudantes universitários;** Revista da sociedade Brasileira de Clínica Médica; v. 8, n.1, p. 25-29, São Paulo, 2010.
- COUTINHO, A.C.; TURA, B. R.; **Programa de saúde bucal da divisão de cardiopediatria do Instituto Nacional de Cardiologia;** Revista DO INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA LARANJEIRAS; v. 01, n. 5, p. 62-64, Rio de Janeiro 2004.
- DAJANI, A.S, et al. **Prevention of bacterial endocarditis: recommendations by the American Heart Association.** JAMA. v.277, n.22, p.1794–801, 1997.
- FRANCO, E. et al. **Dental disease, caries related microflora and salivary IgA of children with severe congenital cardiac disease. An epidemiological and oral microbial survey.** Ped. Dent., v. 18, n. 3, p. 228-235, 1996.
- GRANZOTTI, J.A; MANSO, P.H; AMARAL, F.; **O papel do pediatra no diagnóstico e tratamento das doenças cardíacas na infância;** Medicina, Ribeirão Preto,32:102-106, jan./mar. 1999.
- HADAMUS I. **Odontologia para pacientes especiais** 2008.
Vasques K. Odontologia e Cardiologia. Revista Clínica Kim Vasques, 2008.

HELFAND M; PETERSON K; DANA T. **Drug class review on beta adrenergic blockers**, 2007

MALAMED SF. **Handbook of medical emergencies in the dental office**. 3rd ed. St Louis: Mosby-Year Book; 1987.

MELO, E.C.S.; DANTAS, C.C.B.L.; BARBOSA, A.F.; **Manejo clínico de pacientes cardiopatas em periodontia – Revisão de literatura**; Revista Periodontia; v. 10, n.4, p.30-36, Belo Horizonte, 2009.

MIRANDA, A.M; PINTO, C.C.S.; SOUZA, W.; MACIEL, V.G.; OLIVEIRA, T.M.C; BRANCO, R.F.G.; **Atendimento odontológico em crianças e adolescentes cardiopatas: Uma estratégia na profilaxia de endocardite**. Revista Robrac; v. 8, n.25, p. 34-36, Goiânia, 1999.

MOLINA, M.C.B.; FARIA, C.P.; MONTERO, M.P.; CADE, N.V; MILL, J.G; **Fatores de risco cardiovascular em crianças de 7 a 10 anos de área urbana**; *Universidade Federal do Espírito Santo*, Vitoria, Brasil; *Universidad Autonoma de Madrid*, España; 2010.

MONTEIRO, M.C.; **Um coração para dois: a relação mãe-bebê cardiopata**; Dissertação (mestrado); Departamento de Psicologia/PUC-R; p. 103, Rio de Janeiro, 2003.

RETTORE, R.J. **Anestesia odontológica**. Jornal CROMG 2000.

SILVEIRA, C.D.G. **Tratamento Dentário do Paciente com Doença Cardíaca**. Circulation. (2); 21-25, 1995.

VOLPATO, M.C. **Farmacologia em odontogeriatria**. In: 22º.Seminário de Odontogeriatria do Congresso Internacional de Odontologia; 2004; São Paulo. Resumo. São Paulo: 2004.

VOLSCHAN, B.C.G.; MATTOS, R.P.; MONTE-ALTO, L.; **A importância da promoção de saúde bucal para a criança cardiopata**; *Revista Brasileira Odontológica*; v. 65, n.1, p. 85-89, Rio de Janeiro, 2008.

WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C. In: **Farmacologia clínica para dentistas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p.107-11.

WILLEMANN. **Vasoconstritores**. Rev. Brasileira de Cirurgia e Implantodontia 2002; 9: 125-129.